



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL OOAD MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.2**



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO
CHÁVEZ"
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**“NIVEL DE INDEPENDENCIA FÍSICA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS
MAYORES DE 65 AÑOS DEL HGZ/MF No.2”.**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**MARIA TERESA FLORES ALVAREZ
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR DE TESIS

**DR. CARLOS SANCHEZ ANGUIANO
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

CO-ASESORES DE TESIS

**E.E.N JUAN MARTÍN MORALES BEDOLLA
ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA**

CO-ASESORES DE TESIS

**DRA. BRENDA PAULLETTE MORALES HERNADEZ
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR**

Registro ante el comité de ética y evaluación: R-2021-1603-010

Zacapu, Michoacán, Marzo del 2024.



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN**



HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.2

**“NIVEL DE INDEPENDENCIA FÍSICA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS
MAYORES DE 65 AÑOS DEL HGZ/MF No.2”.**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**MARIA TERESA FLORES ALVAREZ
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR DE TESIS

**DR. CARLOS SANCHEZ ANGUIANO
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

CO-ASESORES DE TESIS

**E.E.N JUAN MARTÍN MORALES BEDOLLA
ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA**

CO-ASESORES DE TESIS

**DRA. BRENDA PAULLETTE MORALES HERNADEZ
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR**

Registro ante el comité de ética y evaluación: R-2021-1603-010

Zacapu, Michoacán, Marzo del 2024.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 2**

Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional.

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud.

Dr. Gerardo Muñoz Cortés

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud.

Dr. Enrique Gutiérrez González

Director del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2

Dra. Itzá Luna Armenta

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud.

Dra. Brenda Paullette Morales Hernández

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar.



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Dr. Víctor Hugo Mercado Gómez

Director de Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”.

Dra. Martha Eva Viveros Sandoval

Jefa del Departamento de Posgrado

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”.

Dr. Cleto Álvarez Aguilar

Coordinador del Programa de Especialidad en Medicina Familiar.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es el esfuerzo de muchas personas en conjunto, a mis asesores de tesis por la orientación y ayuda que me brindaron para la realización de este proyecto al E.E.N Juan Martín Morales Bedolla, por sus conocimientos y su paciencia, por su gran apoyo otorgado durante la realización y la elaboración de este trabajo de investigación a la Dra. Brenda Paullette Morales Hernández.

Gracias a mis padres por darme la vida, por ser mi guía en este largo camino y por sus grandes consejos y apoyo en todo momento.

A mi esposo Jorge por su incondicional apoyo y esfuerzo en cada paso de mi carrera, nunca dejaste de creer en mi amor, a mis hijas Mayte y Victoria que con su bella sonrisa alegran mi vida y cuya paciencia fue puesta a prueba en incontables ocasiones, gracias amores.

A mis hermanos Luis, Mili y Abraham por siempre estar a mi lado.

A mi gran amiga Lic. Lupita por todo su apoyo y sincera amistad.

A mi gran amiga Alejandra que siempre tenía las palabras para no desistir.

Al terminar esta etapa de mi vida, quiero agradecer de manera muy sincera a todas aquellas personas que por su apoyo fue posible cumplir este sueño.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis queridos padres Tere y José, a mi amado esposo Jorge y a mis hermosas hijas Mayte y Viki.

Gracias a cada uno de ustedes que con su apoyo permitieron que lograra un sueño más en mi vida, gracias por creer en mí y darme la oportunidad de seguir adelante en cada paso de mi carrera y seguir impulsándome día a día, para poder hacer realidad este gran proyecto de mi vida a su lado.

¡LOS AMO!

INDICE

I. RESUMEN.....	1
II. ABSTRACT.....	2
III. ABREVIATURAS	3
IV. GLOSARIO.....	4
V. RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS	5
VI. INTRODUCCION.	6
VII. MARCO TEORICO.....	7
VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
IX. JUSTIFICACION.....	19
X. HIPOTESIS	20
XI. OBJETIVOS.....	20
XII. MATERIAL Y METODOS.....	21
XIII. RESULTADOS	29
XIV. DISCUSION.....	36
XV. CONCLUSIONES	40
XVI. RECOMENDACIONES	41
XVII. BIBLIOGRAFIAS	42
XVIII. ANEXOS	45

I. RESUMEN

“NIVEL DE INDEPENDENCIA FÍSICA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 65 AÑOS DEL HGZ/MF. No.2”.

INTRODUCCION: Conocer el nivel de independencia física en el paciente es fundamental a través de una adecuada valoración geriátrica, con la finalidad de detectar y tratar causas reversibles de enfermedad e introducir estrategias de rehabilitación necesarias en forma oportuna para brindarle mayor grado de independencia.

OBJETIVO: Evaluar el nivel de independencia física en los pacientes hospitalizados mayores de 65 años del HGZ/MF. No.2.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal descriptivo, en pacientes hospitalizados, mayores de 65 años con diferentes diagnósticos de ingreso, de febrero a abril 2022, previa autorización y firma del consentimiento informado, se aplicó la escala de Barthel con alfa de Cronbach de 0.94, la cual consistió en 10 ítems y se clasificó por grados en dependencia leve, moderada, grave y total. Se realizó estadística descriptiva y X² para determinar la asociación entre variables categóricas con valor significativo $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se encuestó a 160 adultos mayores de 65 años, se observó mayor prevalencia del sexo femenino (56.88%), con edad promedio de 70 a 74 años (28.75%). Predominando la dependencia moderada (41.88%), seguida de la severa (29.38%) siendo independientes solo un 20.63% para realizar actividades de la vida diaria., con el diagnóstico de ingreso con mayor prevalencia con 22.5% las traumatológicas.

CONCLUSIONES: Con respecto a la investigación podemos concluir que 79.37% de las personas mayores de 65 años que ingresan al HGZ/MF. No.2. Zacapu sufren de algún grado de dependencia de predominio la moderada y severa.

PALABRAS CLAVES: Adulto mayor de 65 años, hospitalizado, escala de Barthel, discapacidad física, independencia física.

II. ABSTRACT

“LEVEL OF PHYSICAL INDEPENDENCE IN HOSPITALIZED PATIENTS OVER 65 YEARS OF AGE OF THE HGZ/MF. No.2”.

INTRODUCTION: Knowing the level of physical independence in the patient is essential through an adequate geriatric assessment, in order to detect and treat reversible causes of disease and introduce necessary rehabilitation strategies in a timely manner to provide a greater degree of independence.

OBJECTIVE: To evaluate the level of physical independence in hospitalized patients older than 65 years of the HGZ/MF. No.2.

MATERIAL AND METHODS: Descriptive cross-sectional study, in hospitalized patients, older than 65 years with different diagnoses on admission, from February to April 2022, prior authorization and signing of informed consent, the Barthel scale with Cronbach's alpha of 0.94 was applied, the which consisted of 10 items and was classified by degrees into mild, moderate, severe and total dependence. Descriptive statistics and X² were performed to determine the association between categorical variables with a significant value $p < 0.05$.

RESULTS: 160 adults over 65 years of age were surveyed, a higher prevalence of the female sex was observed (56.88%), with an average age of 70 to 74 years (28.75%). Moderate dependency predominating (41.88%), followed by severe (29.38%), with only 20.63% being independent to carry out activities of daily living, with the admission diagnosis with the highest prevalence with 22.5% being traumatological.

CONCLUSIONS: Regarding the investigation, we can conclude that 79.37% of people over 65 who enter the HGZ/MF. No.2. Zacapu suffer from some degree of dependence, predominantly moderate and severe.

KEY WORDS: Adult older than 65 years, hospitalized, Barthel scale, physical disability, physical independence.

III. ABREVIATURAS

AVD. Actividades de la vida diaria.

AHA. Asociación americana del corazón.

ABVD. Actividades básicas de la vida diaria.

COVID 19. Enfermedad por coronavirus.

DM I y II. Diabetes mellitus tipo I y II.

ENSANUT. Encuesta nacional de salud y nutrición.

ERC. Enfermedad renal crónica.

EVC. Enfermedad vascular cerebral.

E. PULMONAR. Enfermedad pulmonar.

GDS. Geriatric depression scale.

HTA. Hipertensión arterial.

HGZ/MF NO.2. Hospital general de zona con medicina familiar Numero 2.

ICTUS. Trastorno de la circulación cerebral.

OMS. Organización mundial de la salud.

PA. Presión arterial.

STDA. Sangrado de tubo digestivo alto.

UP. Ulcera de presión.

IV. GLOSARIO

BAÑARSE: El baño es el acto de lavar el cuerpo, generalmente con agua, o la inmersión del cuerpo en agua con fines de higiene personal.

COMER: Tomar alimento por la boca, en especial un alimento sólido, masticándolo y tragándolo para que pase al estómago.

DISCAPACIDAD FÍSICA. Cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

DEMENCIA: Que se caracteriza por alteraciones de la memoria, la razón y trastornos en la conducta.

INCONTINENCIA FECAL: Es la evacuación accidental de materia fecal.

INCONTINENCIA URINARIA: Se define como la pérdida involuntaria de orina sin deseo miccional.

ÍNDICE DE BARTHEL: Es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de 10 actividades básicas de la vida diaria (AVD) conjunto de acciones y actividades que hace una persona.

PACIENTE GERIÁTRICO. Sujeto de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia y que además presente cierto grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.

VESTIRSE: Reciben las prendas y accesorios confeccionados a partir de tejidos textiles y de tejidos animales que los humanos usan para abrigar, cubrir, adornar, proteger, vestir el cuerpo.

V. RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

FIGURAS

Figura 1. Diagnóstico de ingreso	30
Figura 2. Nivel de independencia.....	31

TABLAS

Tabla I. Características sociodemográficas de la población	29
Tabla II. Actividades de la vida diaria.	32
Tabla III. Dependencia funcional por diagnóstico de ingreso	34
Tabla IV Nivel de dependencia según la edad.	35

VI. INTRODUCCIÓN

Cuando nos referimos al envejecimiento, hablamos de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de cada persona, por lo que es diferente en cada una.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera adulto mayor a cualquier persona mayor de 60 años. Algunos de ellos se consideran adultos mayores disfuncionales debido a que, a causa de los problemas naturales que conlleva el envejecimiento, necesitan ayuda para llevar a cabo sus actividades cotidianas. Además, las personas de la tercera edad son más vulnerables a diversas enfermedades y por lo tanto requieren una constante observación y atención médica.

De acuerdo a la tipología de ancianos y categorización, el anciano enfermo es la persona mayor de 65 años con una enfermedad aguda y que se comporta de forma similar al enfermo agudo. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales o sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda.

El anciano frágil es la persona de edad avanzada (la mayoría de los autores la sitúan a partir de los 75 años) que por condiciones médicas, mentales o sociales se encuentran en una situación de equilibrio inestable y presentan alto riesgo de cambios en su salud que precisan del uso de recursos de salud o sociales.

Actualmente hay más personas mayores de 60 años que menores de 4 años, para el 2050 las mujeres de 60 años y más representarán 23.3% del total de población femenina y los hombres constituirán 19.5% del total de la masculina. Al mismo tiempo, el incremento de adultos mayores generará un impacto en el Sistema de Salud y desafíos a la organización familiar, así como cargas adicionales de trabajo de cuidados, en especial para las mujeres, quienes realizan mayoritariamente este trabajo.

VII. MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN

Cuando nos referimos al envejecimiento, hablamos de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera adulto mayor a cualquier persona mayor de 60 años. Algunos de ellos se consideran adultos mayores disfuncionales debido a que, a causa de los problemas naturales que conlleva el envejecimiento, necesitan ayuda para llevar a cabo sus actividades cotidianas. Además, las personas de la tercera edad son más vulnerables a diversas enfermedades y por lo tanto requieren una constante observación y atención médica.

De acuerdo a la tipología de ancianos y categorización, el anciano enfermo es la persona mayor de 65 años con una enfermedad aguda y que se comporta de forma similar al enfermo agudo. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales o sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda.

El anciano frágil es la persona de edad avanzada (la mayoría de los autores la sitúan a partir de los 75 años) que por condiciones médicas, mentales o sociales se encuentran en una situación de equilibrio inestable y presentan alto riesgo de cambios en su salud que precisan del uso de recursos de salud o sociales.

Actualmente hay más personas mayores de 60 años que menores de 4 años, para el 2050 las mujeres de 60 años y más representarán 23.3% del total de población femenina y los hombres constituirán 19.5% del total de la masculina. Al mismo tiempo, el incremento

de adultos mayores generará un impacto en el Sistema de Salud y desafíos a la organización familiar, así como cargas adicionales de trabajo de cuidados, en especial para las mujeres, quienes realizan mayoritariamente este trabajo.

Sin embargo, un 12% de las mujeres y 9.2% de los hombres adultos mayores viven solas/os, en hogares unipersonales, lo cual puede significar que están en situación de vulnerabilidad ante cualquier emergencia o necesidad que no puedan satisfacer por ellas/os mismas/os.(1).

Sin embargo, la adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que las personas que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo de personas, lo que significa que será necesaria una actitud que implique valores como el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanitarios al adulto mayor.

En la valoración del paciente geriátrico, el modelo de atención del paciente anciano en los servicios de urgencias no está adaptado al paciente geriátrico. Es decir, la valoración médica urgente es a menudo breve y dirigida por el motivo de consulta. Por lo tanto, es generalmente unidimensional, centrada en el episodio médico sin reconocer las peculiaridades del anciano y menospreciando la valoración funcional, mental o social.

En la actualidad, la discapacidad física es, en ocasiones un factor pronóstico más potente que la propia enfermedad. Esta es evaluada mediante escalas que valoran las actividades de la vida diaria (AVD). Para cuantificar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) puede emplearse el índice de Katz o el índice de Barthel y para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) el índice de Lawton.

El instrumento de evaluación “Índice de Barthel”, también conocido como índice de Discapacidad de Maryland, es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de 10 actividades básicas de la vida diaria (AVD) conjunto de acciones y actividades que hace una persona, con la finalidad de mantener un autocuidado adecuado, mantenerse sano y activo y al no poder realizar éstas actividades

supone un claro perjuicio para la integridad física y mental del paciente. Se evalúa asignando diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades (2).

Las actividades en concreto a observar son las siguientes:

- **COMER:** Valora si el paciente es capaz de comer por sí mismo (ser capaz de introducir el alimento en la boca, masticar y tragar, así como el realizar acciones como cortar la comida o servirse agua).
- **BAÑARSE / DUCHARSE:** Implica ser capaz por sí mismo de mantener la higiene corporal, de tal modo que el paciente puede ducharse y limpiarse de manera autónoma o si puede entrar y salir del baño.
- **VESTIRSE Y DESVESTIRSE:** Se valora si el paciente puede ponerse y quitarse la ropa de forma autónoma y sin ayuda o si es ayudado por momentos o necesita ayuda en todo momento.
- **ASEO PERSONAL:** Incluye acciones como peinarse, lavarse la cara o manos, afeitarse o maquillarse, se valora si el paciente puede hacerlo solo o con ayuda.
- **CONTINENCIA / INCONTINENCIA FECAL:** Se valora si el paciente es capaz de contener las heces, si tiene episodios de incontinencia fecal de forma excepcional, requiere enemas o si es incapaz de controlar esfínteres teniendo incontinencia de manera habitual.
- **CONTINENCIA / INCONTINENCIA URINARIA:** Se observará si el sujeto puede contener la orina, si tiene episodios de incontinencia o si de manera habitual no puede retener la orina.
- **USO DEL RETRETE:** Se valora si el paciente es capaz de utilizar el sanitario por sí mismo, si puede desplazarse al lavabo, quitarse la ropa, realizar sus necesidades y limpiarse.
- **TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA:** Valora la capacidad del paciente de sentarse o levantarse por sí mismo o entrar y salir de la cama.

- DESPLAZARSE: Valora la capacidad de deambular y desplazarse, se valora si el paciente es capaz de caminar sin ayuda 50 metros o si requiere ayuda de muleta, andador, silla de ruedas o alguna persona.
- SUBIR Y BAJAR ESCALERAS: Se valora si el paciente puede subir o bajar escaleras de manera autónoma.

Su puntuación total (cuyo máximo es 100 y mínimo es 0) nos da una idea general de la necesidad de apoyo externo y se sumará la puntuación para calificar el grado de independencia física, mientras menos puntaje obtenga el paciente será mayor el grado de dependencia (3).

Si bien es cierto que, los datos permiten inferir que las personas adultas mayores viven en compañía de sus familiares, lo cual puede tener un papel relevante para su bienestar físico y emocional, particularmente en el caso de quienes requieren de cuidados o apoyo a causa de una enfermedad o discapacidad y en hogares donde no se viven situaciones de violencia intrafamiliar (4).

Todo ello resulta de especial relevancia en la atención primaria de salud, donde el médico de familia, mejor conocedor del entorno biopsicosocial del enfermo, tiene la oportunidad de orientar la práctica clínica de acuerdo con éstos principios (5).

Sin embargo la atención del anciano requiere de evaluación integral que merece consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido, es decir con las actividades de la vida diaria y otras que se relacionan con las concepciones psicológicas de esta edad, inherentes a la personalidad y conducta propias del anciano, a su dinámica familiar y condiciones socioeconómicas individuales que influyen en las interacciones entre él y su entorno con el cual interactúa en forma constante.

No obstante, por su condición de salud, ellos requieren de atención multidisciplinaria, con modelos de atención en salud más centrados en el “cuidar” que en el “curar”, deben estar orientados a mantener la salud, controlar factores de riesgo, promover

la autonomía del adulto mayor, su independencia funcional y su inserción en la familia y la comunidad (6).

Al mismo tiempo en la vejez inciden todas las enfermedades que se ven en el adulto, no se puede hablar por tanto de enfermedades propias de la vejez, si no de enfermedades en la vejez. Algunas son muy comunes y prevalentes en los ancianos: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, artropatía, neumopatías, cáncer, deterioro cognitivo, infecciones y fracturas de cadera, que constituyen la mayor parte del esfuerzo asistencial en el día a día.

Hoy en día, los síndromes geriátricos son situaciones de enfermedad expresadas por un conjunto de síntomas, es una forma habitual de presentación de las enfermedades en los ancianos y exigen una cuidadosa valoración de su significado y etiología para realizar un correcto tratamiento. Los más evaluados: incontinencia urinaria, el delirio o síndrome confusional agudo, la demencia, la inmovilidad, las caídas, la depresión.

Por lo anterior nos hemos visto en la obligación de evaluar el grado de discapacidad física geriátrica, la cual se conoce como la dificultad física de un adulto mayor para realizar de manera independiente las actividades básicas de la vida diaria, como puede ser la alimentación, continencia urinaria o fecal, uso de sanitario, vestimenta, aseo y transferencia, lo que significa poder vivir con o sin ayuda ya que su compromiso tiene implicaciones importantes para el adulto mayor, familia, comunidad y sistema de salud (7).

El crecimiento abrumador de esta población y las necesidades a las que se enfrenta hacen que los médicos, dentro de su ámbito de trabajo, se enfrenten a la problemática y al reto de atender al adulto mayor. La formación médica debe contar con herramientas que le permitan al médico un abordaje integral y multidimensional del adulto, lo que garantizará una mejor atención.

El médico no debe olvidar que el ser humano no es solo órganos y sistemas que funcionan de manera coordinada, éste es un complejo mente, cuerpo y ambiente. Su interrelación es tan firme que cualquiera de los aspectos que rompa el equilibrio alterará la función y el bienestar de este creciente segmento de la población (8).

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades más prevalentes en el mundo actual, afecta alrededor del 25% de la población adulta en los países desarrollados. Esta proporción se incrementa en la población anciana, debido a los cambios asociados al envejecimiento y se estima que la prevalencia de HTA en la población de edad mayor de 65 años es superior al 50%.

El tratamiento debe iniciarse a dosis bajas y, si es necesario, se aumentará de una forma lenta y gradual. Asimismo, en la gran mayoría de los pacientes, el tratamiento combinado consigue un control más adecuado de la Presión Arterial (PA) y, por tanto, una mayor reducción del riesgo cardiovascular (9).

La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en personas de edad geriátrica; Más de 60% de los pacientes que han presentado un infarto del miocardio son mayores de 65 años, una causa común de hospitalización para este grupo etario. Una reciente publicación de la Asociación Americana del Corazón (AHA, por sus iniciales en inglés) menciona que la proporción mujeres que presentan infarto de miocardio entre 45 y 64 años de edad es de 32.7%; Sin embargo, a partir de los 85 años esta proporción se incrementa hasta 60.7%.

Los problemas visuales se reportan en un 18% de las personas de más de 70 años, las causas más frecuentes son: cataratas (53.4%), glaucoma (10.3%), diabetes (14.9%), degeneración macular relacionada al envejecimiento (8.7%). Un 33.2% reporta problemas con la audición y un 8.6% reporta ambos (déficit auditivo y visual).

Además, el trastorno depresivo mayor en el anciano se asocia a síntomas inespecíficos como pérdida de peso, insomnio, somatización, irritabilidad, cambios en el estado de ánimo y aislamiento social, es importante investigarla ya que uno de cada 8 mexicanos adultos mayores tiene síntomas de depresión mayor, se evalúa con la escala de Yesavage de 30 reactivos (Geriatric Depression Scale GDS) (10).

La Diabetes en México, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) presenta mayor prevalencia entre los 60 a 70 años de edad, ha aumentado de 7.2% en 2006 a 9.2% en 2012, y a 9.4% en 2016, esto debido a que el

páncreas, productor de la insulina, eleva su secreción debido a la menor sensibilidad de las células, por lo que la glucosa suele elevarse de 6 a 14 mg/dl por década, a partir de los 50 años de edad (11).

Mientras tanto la incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina, que es objetivamente demostrable y que constituye un problema social e higiénico. Su prevalencia aumenta con la edad, afectando al 60% de los ancianos hospitalizados y casi el 50% de los ingresados. Menos de la mitad de los pacientes afectados por este problema busca ayuda médica (12).

El síndrome de inmovilidad es la restricción, generalmente involuntaria, en la capacidad de transferencia y/o desplazamiento de una persona a causa de problemas físicos, funcionales o psicosociales. Este síndrome es considerado como una vía común, a través de la cual muchas enfermedades y trastornos del adulto mayor producen gran discapacidad.

Los problemas de movilidad afectan a casi el 20% de los individuos mayores de 65 años. A partir de los 75 años, aproximadamente el 50% de los ancianos tiene problemas para salir de su casa y un 20% se halla confinado en su domicilio. Lo que empeora al momento de una hospitalización del paciente geriátrico, ya que, en consecuencia, se provoca el deterioro del estado funcional, pudiendo dar como resultado problemas diferentes de salud al motivo de admisión conllevando una prolongación de las estancias y aumento del gasto sanitario como evento adverso.

Su etiología es multifactorial, incluyendo causas tan diversas como enfermedades osteoarticulares (artrosis, fracturas, patología de los pies, etc.), patología cardiovascular (ictus, cardiopatía, hipotensión ortostática, diabetes, etc.), trastornos neuropsiquiátricos (demencia, enfermedad de Parkinson, depresión, etc.), obstáculos físicos, hospitalización, aislamiento, orden médica y, por supuesto, fármacos (sedantes, opiáceos, neurolépticos, antidepresivos) cuyos efectos secundarios aumentan la fragilidad del anciano.

Los problemas nutricionales de igual forma empeoran con la hospitalización por inconvenientes sobrevenidos (por ejemplo, delirio o trastornos conductuales) o elementos

organizativos que favorecen la aparición o la falta de detección de la malnutrición (por ejemplo, las personas que comen despacio pueden dejar parte de la comida), pudiendo presentarla hasta un 10% de todos los pacientes sin riesgo inicial.

Los accidentes son la sexta causa de mortalidad en personas mayores de 75 años y de éstos, las caídas son la principal causa. El riesgo es mayor en ancianos hospitalizados, sobre todo en la etapa inmediatamente posterior a su ingreso, debido al rechazo a una actitud sobreprotectora (13).

A si mismo algunas alteraciones cognoscitivas que con frecuencia afectan a la población adulta mayor y que no necesariamente son procesos demenciales: por ejemplo el Trastorno de Memoria Asociado a la Edad u “olvidos benignos” (sólo existen olvidos o alteración de la memoria reciente o de corto plazo, pero no alteración de otras funciones cognoscitivas como lenguaje, juicio, cálculo, orientación, etcétera), éstas en muchas ocasiones no afectan mayormente su funcionalidad y en la evaluación propositiva de la memoria sus alteraciones son sutiles.

En el Deterioro Cognoscitivo Asociado a la Edad: existen alteraciones aisladas de la esfera cognoscitiva (cálculo, memoria reciente, orientación, lenguaje, entre otras), pero que se mantienen sin grandes cambios durante un periodo largo de tiempo o de seguimiento clínico. La repercusión en la vida diaria es relativa o no daña sus relaciones familiares y sociales.

Cabe agregar el delirio es un trastorno mental orgánico de inicio repentino caracterizado por un conjunto de alteraciones fluctuantes de la consciencia, de la atención y de la cognición (ocasionalmente algunos síntomas aparecen aislados), con frecuencia acompañado de alteraciones del ciclo del sueño-vigilia. En función de la sintomatología el deliro puede ser hiperactivo, hipoactivo o mixto.

La forma hipoactiva es la más frecuente y la que más pasa desapercibida, ya que el paciente puede parecer sedado, presentar apatía, letargia, somnolencia y confusión, dificultad de concentración, lentitud de respuestas, aislamiento o pérdida del apetito. Hasta dos tercios de los casos pasan desapercibidos y no se diagnostican debido a barreras

organizativas, culturales e individuales, destacando el insuficiente conocimiento de los profesionales de la salud (13,14).

Por lo tanto el reposo prolongado en cama y la disminución de la actividad física en los adultos mayores representan un factor predisponente al desarrollo o al agravamiento de ciertas condiciones patológicas relacionadas en mayor medida con los sistemas cardiovascular, respiratorio y musculo esquelético, en donde hasta el 33% de los adultos mayores hospitalizados presentarán deterioro funcional en al menos una de las actividades de la vida diaria y se incrementa al 50% cuando superan los 80 años de edad.

Cuando un paciente está en reposo prolongado en cama, el moco se acumula bajo la influencia de la gravedad y la menor movilidad ciliar. Estas secreciones acumuladas pueden inundar la parte inferior de la escalera ciliar, reduciendo su función. Estos efectos se combinan a menudo a la deshidratación, llevando a que el moco agrupado se vuelva espeso y difícil de expectorar, el mecanismo de tos se ve disminuido por la posición de reposo del paciente generando riesgo de atelectasias y neumonías, así como úlceras cutáneas por los puntos de presión no aliviada (15).

Guerrero Millares refiere que una presión de 60-70 mmHg mantenida durante 2 horas condiciona el comienzo de la isquemia y por consecuencia el deterioro tisular.

Significa entonces que la úlcera de presión (UP) es una condición frecuente en el adulto mayor y es producida por la prolongada presión ejercida por un objeto externo sobre prominencias óseas, provocando ulceración y necrosis del tejido involucrado. Su reconocimiento es importante, puesto que se han demostrado repercusiones en diferentes ámbitos: en la salud y la calidad de vida de quienes la padecen, en sus cuidadores, en el consumo de recursos para el sistema de salud, pudiendo incluso alcanzar responsabilidad legal al ser considerado en muchas situaciones como un problema evitable (16).

Tras su aparición, todos ellos originan un importante deterioro de las personas que los padecen, y a menudo, generan o incrementan la dependencia de otras personas, produciéndose un aumento de las necesidades de asistencia sanitaria y de apoyo social, que, si no se cubren, favorecen el aislamiento social y la institucionalización del anciano.

De igual manera, el tratamiento tras la caída puede ocasionar costos elevados para los servicios de salud en términos de utilización de recursos y de ocupación de camas hospitalarias. Además, la caída puede acarrear sufrimiento tanto a las personas mayores como a sus familiares, debido a la restricción de las actividades, dolores, presencia de incapacidad física, o miedo a caer nuevamente, entre otras. Finalmente, la caída puede perjudicar la capacidad física del anciano y la de sus familiares (17).

Ahora bien, los pacientes geriátricos toman un gran número de fármacos, tanto recetados como sin receta médica. Los resultados de encuestas recientes han revelado que más del 90% de las personas mayores de 65 años utilizan al menos un fármaco por semana, 40% toman cinco o más fármacos y de 12 a 19% utilizan 10 o más fármacos a la semana. Solamente 9% no estaba tomando ningún fármaco y 81% de los individuos tomaban al menos un fármaco de prescripción, el 42% utilizaba regularmente fármacos de venta libre y 49% suplementos dietéticos (18).

Sin embargo, hay que recordar que para disfrutar un alto grado de salud general es necesaria la salud bucal. En la cavidad bucal existen diferentes afecciones, de ellas las lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de edad avanzada, se encuentra que más del 95% de lesiones, la prevención y el tratamiento oportuno de las enfermedades bucales en el adulto mayor favorecen el mantenimiento de una boca sana, evitando el eventualismo, contribuyendo así a un buen estado de salud (19).

Así mismo, la independencia física es uno de los principales desafíos que las políticas, planes y programas dirigidos a las personas de edad deben abordar, a pesar de esto la información recopilada no es suficiente para lograr los cambios esperados.

La discapacidad e independencia física se consideran por lo tanto como un indicador de salud de gran importancia en la población de adultos mayores, ya que brinda un acercamiento a la realidad del estado de salud de una persona, a partir del análisis de este se pueden diseñar estrategias de salud pública, que opten por un estilo de vida saludable y un mayor grado de autonomía de esta población.

Dentro de los cambios que se pueden generar a partir de modificaciones de políticas públicas, se encuentra el diseño y creación de proyectos y programas que buscan potenciar las habilidades de esta población con apoyo de la implementación y uso de servicios de apoyo como puede ser el de rehabilitación dentro del sector salud (20).

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente hay más personas mayores de 60 años que menores de 4 años, para 2050 las mujeres de 60 años y más representarán 23.3% del total de población femenina y los hombres constituirán 19.5% del total de la masculina. Al mismo tiempo, el incremento de adultos mayores generará un impacto en el Sistema de Salud y desafíos a la organización familiar, así como cargas adicionales de trabajo de cuidados, en especial para las mujeres, quienes realizan mayoritariamente este trabajo.

Hay que recordar que la población más anciana está expuesta a situaciones de riesgo que pueden empeorar su funcionalidad y desencadenar complicaciones durante la estancia de hospitalización como consecuencia de su patología y del encamamiento que conlleva a inmovilización, pérdida muscular, privación sensorial y aislamiento generando un mayor grado de discapacidad física y mayor grado de dependencia.

Por esta razón es necesario que se identifique el nivel de independencia del adulto mayor, con la intención de detectar y tratar las causas reversibles de enfermedad y discapacidad física, estabilizar las que puedan estar progresando en forma innecesaria e introducir estrategias de rehabilitación y ajustar el ambiente social o físico para dar independencia y apoyo a ambos, en una situación de deterioro y mejorar su sensación de bienestar físico y mental.

Por lo anterior descrito me realizo la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de independencia física en los pacientes hospitalizados mayores de 65 años del HGZMF No2?

IX. JUSTIFICACIÓN

La población más anciana está expuesta a situaciones de riesgo que pueden empeorar su funcionalidad, provocar pérdida de la autonomía y desencadenar complicaciones durante la hospitalización como consecuencia de su patología y del encamamiento que conlleva a inmovilización, pérdida muscular, privación sensorial y aislamiento lo cual a largo plazo significa un gran costo económico y grandes desafíos para los sistemas de pensión, jubilación y salud, principalmente.

El aumento de la esperanza de vida de la población y el incremento de las patologías crónicas han hecho que el esfuerzo terapéutico deba centrarse en lograr una mejoría en la sensación de bienestar y satisfacción percibidas por el paciente, ya que lo importante no es tanto estar bien sino sentirse bien.

Por lo tanto, la presente investigación se enfoca en estudiar el grado de independencia física de los pacientes geriátricos mayores de 65 años que ingresan al (HGZ/MF No.2) Zacapu, Michoacán ya que en la literatura existen pocos estudios que hablen al respecto en México mientras que en Michoacán no se ha realizado ninguna.

Este será medido con la escala de Barthel la cual es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de 10 actividades básicas de la vida diaria, ya que la discapacidad física se considera como un indicador de salud de gran importancia en la población de adultos mayores la cual brinda un acercamiento a la realidad del estado de salud de una persona.

A partir de este análisis se podrá diseñar estrategias de salud pública que propondrán un estilo de vida saludable, con la finalidad de identificar oportunamente el nivel de independencia física de cada uno de los pacientes y así mismo valorar terapias de rehabilitación en caso de ser necesarias e integrar el apoyo de las familias a quien así lo requieran.

X. HIPÓTESIS

Existe una dependencia leve en el 60% de los pacientes hospitalizados mayores de 65 años del HGZ/MF. No.2.

XI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar el nivel de independencia física en los pacientes hospitalizados mayores de 65 años del HGZ/MF No.2.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Determinar el nivel de independencia física al comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse o ducharse, desplazarse, subir o bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces y control de orina.
- Conocer el nivel de independencia física de los pacientes hospitalizados por patología de ingreso.
- Analizar el género que más ingresa a hospitalización.
- Evaluar las enfermedades crónico degenerativas que padecen los pacientes.

XII. MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DE ESTUDIO:

Control de asignación a los factores de estudio: Observacional.

Secuencia y/o temporalidad: Transversal.

Método de observación: Descriptivo.

Cronología de la recolección de datos: Prospectivo.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se trabajará con adultos mayores de 65 años de edad hospitalizados entre los cuales existen pacientes de ambos sexos, con diferentes patologías de ingreso, en el periodo de febrero a abril 2022 del HGZ/MF No.2 Zacapu, Michoacán.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Dado que es un estudio de prevalencia no se requiere tamaño de muestra.

TIPO DE MUESTREO: Conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Paciente que se encuentre en el área de hospitalización del HGZ/MF No.2
- Adultos mayores de 65 años de edad, hombres y mujeres.
- Paciente con o sin patologías de base.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS EXCLUSION

- Pacientes con infecciones respiratorias sospechosos COVID 19.
- Pacientes con alguna discapacidad motora.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no deseen continuar con el estudio.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de independencia física.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Enfermedades crónicas degenerativas, diagnóstico de ingreso.

VARIABLES UNIVERSALES

Género, Edad.

Variable independiente	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Medición
Enfermedades crónico degenerativas	El término puede ser usado para referirse a la existencia de cualquier forma de enfermedad, o al grado en que esa condición de salud afecta al paciente.	Se establece por lo que refiere el paciente en el interrogatorio.	Cualitativa politómica	1.-DM I y II 2.-HTA 3.CARDIOPATIA 4.-ERC 5.-EVC 6.-E. PULMONAR 7.-CANCER 8.-STDA
Diagnóstico de ingreso	Afección que tras el estudio pertinente y según criterio facultativo, se considera la causa principal o motivo de ingreso en el hospital.	Se define del expediente médico del paciente.	Cualitativa politómica	1.-DM I y II 2.-HTA 3.CARDIOPATIA 4.-ERC 5.-EVC 6.-E. PULMONAR 7.-CANCER 8.-STDA
Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Medición
Nivel de independencia física	Nivel de independencia física, para poder realizar alguna actividad de la vida diaria	La escala de Barthel es un instrumento utilizado para valoración de la dependencia física. Consta de 10 ítems, se interpreta según Shah et al: 1. Dependencia total: 0-20 pts. 2. Dependencia severa: 21-60 pts. 3. Dependencia moderada: 61-90 pts.	Cuantitativa politómica	1.-Dependencia total 2. Dependencia severa 3.-Dependencia moderada 4.-Dependencia leve 5.- Independiente

		4. Dependencia leve: 91-99 pts. 5. Independencia: 100 pts.		
Variables universales	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Medición
Género	Sexo biológico con el que se nace	1. Femenino: Persona que posee órganos reproductores femeninos 2. Masculino: Persona que posee órganos reproductores masculinos	Cualitativa dicotómica	1.Femenino 2.Masculino
Edad	Termino que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido una persona.	Años cumplidos	Cuantitativa discreta	1.-de 65 a 69 años 2.-de 70 a 74 años 3.-de 75 a 79 años 4.-de 80 a 84 años 5.-de 85 a 89 años 6.-de 90 a 94 años 7.-de 95 años

CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO

Previa autorización del comité de investigación y firma del consentimiento informado (Anexo 3) y de la Carta de no inconveniente por parte del director del HGZF/MF No.2 (Anexo 4), se revisó por parte del investigador responsable el censo diario de pacientes ingresados al área de hospitalización del HGZ/MF No.2 que reunieron los criterios de inclusión de este trabajo de investigación, durante el periodo de febrero a abril 2022, así mismo se registró edad y diagnóstico(s) de ingreso.

Una vez identificados los pacientes, se acudió al área de hospital para realizar estudios de sombra y se aplicó la escala de Barthel a cada uno de ellos procurando acudir en horario de alimentos para valorar el nivel de independencia física de las actividades de la vida diaria del paciente como: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse o ducharse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces y control de orina. Haciendo énfasis que las actividades que no realice el paciente durante el periodo de observación por parte del investigador responsable, se pidió al paciente las realice (trasladarse entre la silla y la cama, desplazarse, subir y bajar algún banco), de no ser posible en el caso de las actividades de ámbito personal se interrogó al familiar acompañante sobre información de dichas actividades (Anexo 5).

Una vez concluido el estudio de sombra, el investigador procedió al llenado de la encuesta y así obtuvo la puntuación total y se clasificó el nivel de independencia física de cada paciente.

Posteriormente se capturó los resultados de todos los cuestionarios realizados en el programa de SPSS 23 para su análisis estadístico y se realizó las conclusiones y la discusión.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para estimar la normalidad de la distribución de los datos. Los datos numéricos continuos se expresaron en promedio \pm desviación estándar. Los datos categóricos reportaron en porcentaje (%). Se realizó estadística descriptiva y χ^2 para determinar la asociación entre las variables categóricas.

Se estableció diferencia estadística significativa con p valor < 0.05 .

Los datos se analizaron en el programa computacional SPSS versión 23.0 para Windows.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la Declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se respeta cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1, artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y

por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Para efectos de este estudio y apegados a este reglamento, la investigación se clasificó en la siguiente categoría:

Categoría II. Investigación con riesgo mínimo: ya que se realizaron procedimientos comunes de medición y preguntas dirigidas en adultos con aceptable estado de salud en una sola ocasión durante el estudio.

XIII. RESULTADOS

Se analizó un total de 160 pacientes mayores de 65 años en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2 Zacapu, Michoacán (HGZ/MF No.2), predominando ligeramente pacientes del sexo femenino, en rango de edad de 70 a 74 años (**Tabla I**).

Tabla I

Características sociodemográficas de la población

Variable	Frecuencia (n=160)	(%)
Sexo		
Femenino	91	(56.9)
Masculino	69	(43.1)
Edad (años)		
65-69	38	(23.8)
70-74	46	(28.8)
75-79	37	(23.1)
80-84	16	(10.0)
85-89	10	(6.2)
90-94	10	(6.2)
Más de 95	3	(1.9)

(%) = (Porcentaje)

El diagnóstico de ingreso que se registró en forma más frecuente fueron las traumatológicas con un 22.5%, seguidas de las quirúrgicas con 18.1% y solo en un 14.4% las enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus tipo II (**Figura 1**).

(n= 160)

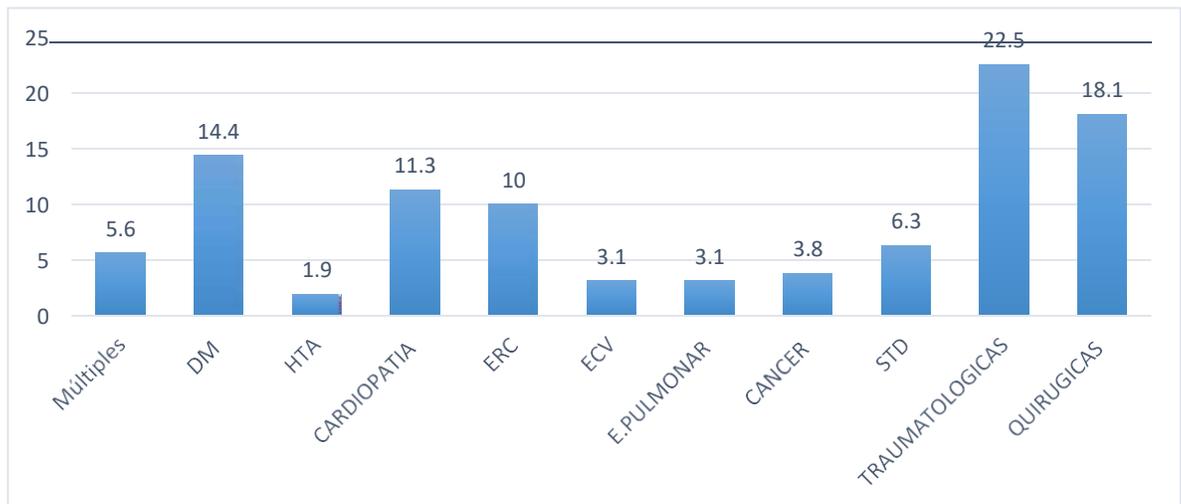


Figura 1. Diagnóstico de Ingreso (%)

(%) = (Porcentaje); DM: Diabetes Mellitus; HTA: Hipertensión Arterial; ERC: Enfermedad Renal Crónica; ECV: Evento Cerebrovascular; E. Pulmonar: Enfisema Pulmonar; STD: Sangrado de Tubo Digestivo.

En cuanto al nivel de dependencia encontrado en los pacientes, predominó el nivel moderado con una frecuencia de 67 (41.9%), seguido del nivel de dependencia severo, mientras que el nivel independiente se encontró únicamente en 33 pacientes, los resultados obtenidos tuvieron una buena confiabilidad, al presentar el índice de Barthel como instrumento de evaluación empleando un alfa de Cronbach de 0.923 (**Figura 2**).

(n =160)

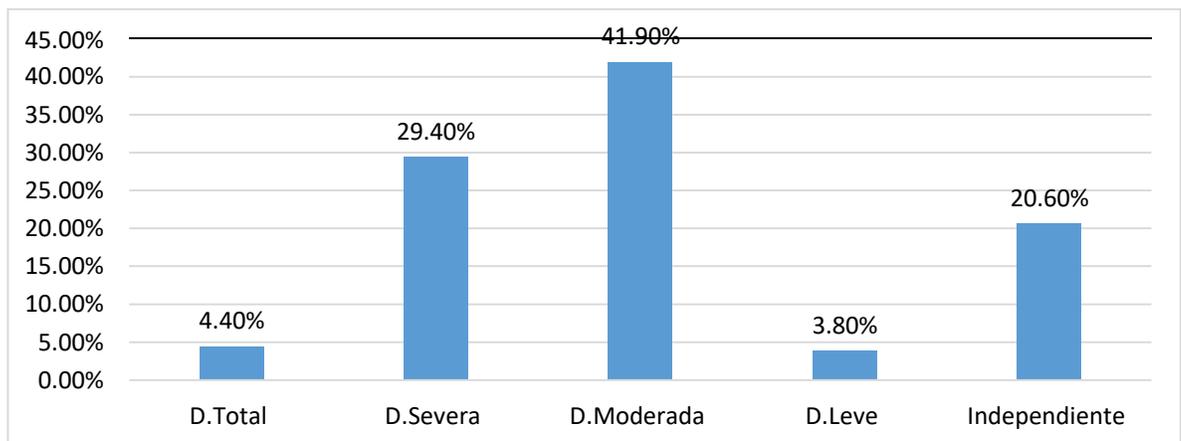


Figura 2. Nivel de Independencia (%)

En el análisis de cada una de las actividades de la vida diaria evaluadas con el instrumento de Barthel, se encontró que los pacientes principalmente son dependientes de aquellas actividades que requieren para su traslado y movilización entre la silla y la cama con una dependencia total de los diferentes grados de dependencia del 66.25%, siendo en menor frecuencia la dependencia para actividades de aseo personal e higiene y limpieza (**Tabla II**).

Tabla II

Actividades de la vida diaria

ACTIVIDAD	F (%)
Comer	
Incapaz	3 (1.88)
Necesita ayuda para cortar, extender, mantequilla, usar condimentos, etc.	33 (20.62)
Independiente	124 (77.50)
Trasladarse entre la silla y la cama	
Incapaz de no mantenerse sentado	9 (5.63)
Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	34 (21.25)
Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	63 (39.37)
Independiente	54 (33.75)
Aseo personal	
Necesita ayuda con el aseo personal	50 (31.25)
Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes	110 (68.75)
Uso del retrete	
Dependiente	8 (5.0)
Necesita alguna ayuda, pero puede hacerlo solo	65 (40.63)
Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	87 (54.37)
Bañarse o ducharse	
Dependiente	54 (33.75)
Independiente para bañarse o ducharse	106 (66.25)

Desplazarse	
Inmóvil	13 (8.13)
Independiente en sillas de ruedas en 50m	24 (15.0)
Anda con pequeña ayuda de una persona	63 (39.37)
Independiente al menos 50m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	(37.50)
Subir o bajar escaleras	
Incapaz	50 (31.25)
Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	73 (45.62)
Independiente para subir y bajar	37 (23.13)
Vestirse y desvestirse	
Dependiente	10 (6.25)
Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	68 (42.50)
Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	82 (51.25)
Control de heces	
Incontinente y/o necesita que le suministren enemas	9 (5.63)
Accidente excepcional (uno por semana)	46 (28.75)
Continente	105 (65.62)
Control de orina	
Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	11 (6.88)
Accidente excepcional (máximo uno cada 24hrs)	51 (31.88)
Continente durante al menos 7 días	98 (61.24)

F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En relación al nivel de independencia de acuerdo a la patología de ingreso al hospital se observó, que existe una dependencia moderada en el 41.9% del total de la población estudiada seguida de la dependencia severa, predominando como patología de ingreso las traumatológicas, seguida de las quirúrgicas, dejando en tercer lugar todas aquellas relacionadas a pacientes ingresados al piso de medicina interna por patologías metabólicas (**Tabla III**).

Tabla III

Dependencia funcional por diagnóstico de ingreso

Principales Patologías	Dependencia Total F (%)	Dependencia Severa F (%)	Dependencia Moderada F (%)	Dependencia Leve F (%)	Independiente F (%)
Múltiples	2 (1.3)	3(1.9)	2(1.3)	-	2(1.3)
DM	-	5(3.1)	11(6.9)	-	7 (4.4)
HTA	-	-	1(0.6)	-	2(1.3)
Cardiopatías	1 (0.6)	5(3.1)	7(4.4)	2(1.3)	3 (1.9)
ERC	-	5(3.1)	6(3.8)	1(0.6)	4(2.5)
EVC	2 (1.3)	2(1.3)	-	-	1(0.6)
E. Pulmonar	-	2(1.3)	2(1.3)	-	1(0.6)
Cáncer	-	4(2.5)	1(0.6)	-	1(0.6)
STD	-	3(1.9)	4(2.5)	-	3(1.9)
Traumatológicas	1 (0.6)	12(7.5)	19(11.9)	1(0.6)	3(1.9)
Quirúrgicas	1 (0.6)	6(3.8)	14(8.8)	2(1.3)	6(3.8)

Chi² 48.807, gl 40, p .160; F (%) = Frecuencia (Porcentaje); DM: Diabetes Mellitus; HTA: Hipertensión Arterial; ERC: Enfermedad Renal Crónica; EVC: Enfermedad Cerebrovascular; E. Pulmonar: Enfisema Pulmonar; STD: Sangrado de Tubo Digestivo.

En base a la relación entre el nivel de dependencia con la edad, se encontró que el grupo de 75-79 años fue moderadamente dependiente, seguido por el 70 a 74 años con dependencia severa, mientras que el 65 a 69 años continúa siendo independiente (**Tabla IV**).

Tabla IV

Nivel de dependencia según la edad (n=160)

Variable	Dependencia Total F (%)	Dependencia Severa F (%)	Dependencia Moderada F (%)	Dependencia Leve F (%)	Independiente F (%)
Edad (años)					
65 - 69	2 (1.0)	6 (9.6)	12 (19.2)	1 (1.6)	18 (28.8)
70 - 74	1 (1.6)	17 (27.7)	16 (25.6)	2 (3.2)	10 (16)
75 - 79	1 (1.6)	4 (6.4)	25 (40)	3 (4.8)	4 (6.4)
80 - 84	1 (1.6)	8 (12.8)	6 (6.4)	-	1 (1.6)
85 - 89	-	2 (3.2)	7 (11.2)	-	-
90 - 94	1(1.6)	8 (12.8)	-	-	-
más de 95	1 (1.6)	2 (3.2)	1 (1.6)	-	-

Chi² 66.013, gl 24, p <0.001*; *Cifra estadísticamente significativa (p < 0.05); F (%) = Frecuencia (Porcentaje).

XIV. DISCUSION

Los adultos mayores están expuestos a situaciones de riesgo que pueden empeorar su funcionalidad y desencadenar complicaciones durante la estancia de hospitalización como consecuencia de su patología y del encamamiento que conlleva a inmovilización, pérdida muscular, privación sensorial y aislamiento, generando un mayor grado de discapacidad física y mayor grado de dependencia funcional.

Se analizó un total de 160 pacientes mayores de 65 años del Hospital General de Zona No.2 Zacapu, Michoacán de los cuales 91 (56.9%) fueron del sexo femenino y 69 (43.1%) del sexo masculino, probablemente debido a que las mujeres acuden de forma más frecuente a recibir atención médica en forma más temprana a diferencia de los hombres quienes normalmente acuden cuando las enfermedades presentan más complicaciones. El grupo de edad que predominó fue el de 70 a 74 años con una frecuencia de 46 que corresponde a un 28.7% del total de la población encuestada.

En este estudio se identificó que el 79.37% de las personas mayores de 65 años de edad que ingresan al HGZ/MF. No.2. en Zacapu, Michoacán, sufren de algún nivel de dependencia funcional, la dependencia moderada predominó en la población estudiada en nuestro estudio en un 41.88%, seguida de la severa con un 29.38% siendo las actividades de la vida diaria como trasladarse entre la silla y la cama, desplazarse, subir y bajar escaleras las que más apoyo requirieron a diferencia de las actividades relacionadas con aseo personal, por lo que únicamente un 20.63% del total de la población fue independiente. Mientras que Baracaldo HA, en un estudio realizado en Colombia a 50 adultos mayores en un rango de 50 a 101 años de edad, residentes de dos centros de bienestar, encontró que el 70% de los hombres presentaban algún grado de dependencia funcional, a diferencia del 30% restante que presentaban las mujeres; todos los pacientes presentaban algún grado de dependencia funcional, siendo la moderada la más frecuente en un 35.4%, con predominio de dependencia en las actividades de la vida diaria como subir y bajar escaleras, seguido de

lavarse y bañarse, sin embargo esto puede deberse a que era población residente de asilos con una media de edad de 77 años, lugar al que con frecuencia los familiares los internan debido a que presentan algún grado de dependencia funcional y no cuentan con alguien que los cuide en casa las 24 horas del día por lo que buscan dicho apoyo en bienestar del adulto mayor; a contraparte de nuestra población la cual eran pacientes hospitalizados y adultos mayores principalmente entre 65-79 años de edad, teniendo en consideración que no todos los pacientes que ingresan es debido a alguna patología que les genere dicha dependencia en el total de la población, como lo menciona Betancourt CL, en un estudio realizado a 130 pacientes hospitalizados en un Hospital Geriátrico en Colombia, con una edad media de 72 años, quien destaca que un 19.23% presentó una dependencia total, 9.23% severa, 10.77% moderada, 40.77% leve y solo un 20% era independiente; siendo las actividades de higiene y aseo, así como subir y bajar escaleras las que mayor dependencia generaron (21,22).

En ese sentido, el diagnóstico de ingreso que se registró en el HGZ/MF. No.2. en Zacapu, Michoacán en forma más frecuente fueron las traumatológicas con un 22.5%, así como el síndrome geriátrico secundario a caídas, seguidas de las quirúrgicas con 18.1% y solo en un 14.4% las enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus tipo II, la cual es la afección subyacente más común, seguida de múltiples afecciones con más de dos comorbilidades como hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, enfermedad renal crónica y finalmente enfermedad cerebrovascular, lo que pudo influir en que fuera la causa por la que más pacientes presentaron una dependencia moderada a severa, ya que el último grupo de pacientes con menores porcentajes de dependencia fueron aquellos hospitalizados por patologías metabólicas en el piso de medicina interna, haciéndonos reflexionar sobre la importancia en capacitación para una adecuada movilización del paciente y con ello evitar caídas en ellos, tanto en el personal del área médica como de enfermería encargados principalmente en el cuidado del paciente quirúrgico a diferencia de los no quirúrgicos.

Loredo-Figueroa en un estudio realizado en una unidad de medicina familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Querétaro, incluyó a 116 adultos mayores entre 60 y 70 años. El 19.8% de los adultos

mayores encuestados presentaban dependencia leve, por lo que el 80.2% eran independientes para realizar las actividades de la vida diaria, de igual forma encontró que predominaron las patologías como la hipertensión arterial en un 30%, el 13% tenían diabetes mellitus y el 5.2% no presentaba ninguna enfermedad, mientras que Laguado - Jaimés, en un estudio realizado en el área metropolitana de Bucaramanga Santander Colombia a 60 adultos mayores, de dos centros de bienestar, encontró que predominó el rango de edad de 75-84 años así como el género masculino, mostrando una dependencia leve el 26,66% del total de población encuestada y como independiente el género femenino con 25%, el resto de los pacientes se distribuyó entre rangos de dependencia moderada y severa. Para la relación de valoración funcional según la edad, en el grupo de 75-84 años predominó la dependencia leve con un 20% y la independencia de igual forma con el mismo porcentaje; en los grupos de edad de 95 años o más se reportó únicamente un 1,66% con dependencia severa. Así mismo se determinó que un 34% de los adultos mayores participantes presentaron problemas de tipo cardiovascular y el 36% otro tipo de enfermedad, seguida de enfermedades metabólicas el 21% y únicamente el 9% enfermedades respiratorias (24).

Como limitante en nuestro estudio fue que en el periodo en que se realizó la presente investigación, hubo mayor ingreso de pacientes con diagnóstico de patologías relacionadas a traumatología y ortopedia a diferencia de los pacientes con patologías metabólicas; así como la poca cooperación de algunos de ellos al no querer participar en el estudio por temor a lastimarse o encontrarse solos sin familiares durante el periodo de observación.

Finalmente, consideramos que el apoyo familiar es importante porque en la mayoría de los casos ellos son los responsables directos del cuidado de sus seres queridos, pero también consideramos de vital importancia que el médico de primer nivel de atención detecte a aquellos pacientes con dependencia funcional y los canalice a segundo nivel para valorar la necesidad de ser atendidos por el servicio de rehabilitación, y con ello se trabaje en estrategias de autocuidado preventivo que puedan ayudar a reducir el nivel de

dependencia de los pacientes y que esta no constituya una barrera u obstáculo para una participación activa en las actividades sociales y puedan de esta forma recibir una atención geriátrica integral; por último y no por ello menos importante continuar reforzando las medidas de cuidado del paciente hospitalizado y en la prevención de caídas tanto en el personal de enfermería como del área médica, en todo aquel paciente geriátrico, con algún nivel de dependencia funcional, la cual determinamos a través de este estudio que es un estado frecuente dentro de dicha población.

XV. CONCLUSIONES

Con respecto a lo anteriormente investigado podemos concluir que 79.37% de las personas mayores de 65 años que ingresan al HGZ/MF.No.2. Zacapu sufren de algún nivel de dependencia, siendo la dependencia moderada y severa las que prevalecen, principalmente en las actividades de vida diaria requeridas para desplazamiento y traslado, teniendo menor dependencia las de higiene, limpieza y aseo personal.

El principal diagnóstico de ingreso fue por patologías relacionadas a traumatología y ortopedia como el síndrome geriátrico secundario a caídas, seguido por las quirúrgicas y descompensaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2.

Se identifica que el sexo femenino en rango de edad de 70 a 74 años, fue el género que más frecuentemente ingresó a hospitalización en el HGZ/MF No.2.

La Diabetes Mellitus tipo II fue la enfermedad crónico degenerativa que más padecían los pacientes a su ingreso, seguida de patologías múltiples con más de 2 enfermedades de base, le continua la hipertensión arterial, las cardiopatías, enfermedad renal crónica y por último las enfermedades cerebrovasculares.

XVI. RECOMENDACIONES

Valorar la funcionalidad en el paciente geriátrico es fundamental dentro de la evaluación integral pues permite evaluar el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación, así como instruir en las medidas de prevención para evitar mayor deterioro.

Consideramos importante tomar en cuenta para futuras investigaciones, que la población estudiada pertenezca solo a un grupo de pacientes en base al diagnóstico de ingreso, ya sea valorar la dependencia funcional entre todos los pacientes del piso de traumatología, cirugía o de medicina interna, ya que si comparamos pacientes que ingresan por diagnóstico de fractura y comparamos su nivel de dependencia contra los de patologías metabólicas, pues el grado de dependencia será mayor en los que tienen algún problema funcional.

Concluyendo por lo tanto, sobre la importancia de trabajar en la funcionalidad, debido a la interrelación tan compleja de los elementos que la conforman y hacer mayor énfasis en que la prevención es una pilar fundamental para el mantenimiento de la capacidad funcional, la cual se logra a través del apoyo al paciente geriátrico con aquellas medidas relacionadas a lograr una mejor rehabilitación de sus comorbilidades, siempre sin perder de vista que el paciente será sujeto de una atención integral, y que desde su condición muy particular llevará el proceso de envejecimiento hasta las patologías agregadas que permitan cierta capacidad funcional.

XVII. BIBLIOGRAFÍAS

1. Mendoza NE, Avila F. Factores que determinan la calidad de cuidado asistencial institucional al anciano en centros geriátricos de Cochabamba. *Gac Med Bol* [Internet]. 2006; 29(2): 28-32.
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente. 2011. Quito: MSP; (1):1-133.
3. Ruzafa JC, Moreno JD. Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 1997; 71(2): 127-137. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>.
4. Fernández E, Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos* [Internet]. 2013; 24(1) :8–13.
5. Piñol A, Sanz C. Importancia de la evaluación de la calidad de vida en atención primaria. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2004; 27(3): 49–55.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica de Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. México: IMSS, 2011. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
7. Piñáñez MC, Domínguez ML. Perfil clínico, epidemiológico y valoración geriátrica funcional en el barrio San Miguel de Asunción, Paraguay. *Rev Virtual Soc Parag Med Int* [Internet]. 2015; 2(2): 63–69. Disponible en : [http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2015.02\(02\)63-0692312-3893/](http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2015.02(02)63-0692312-3893/)
8. Casado I, Postigo S, Vallejo JR, Muñoz L, Arrabal N, Barcena C. Valoración geriátrica integral. *Rev Enferm* [Internet]. 2015; 38(9): 55–60. Disponible en internet <https://C:/Users/pc/Downloads/Casadoetal2015Valoraciongeritricaintegral.pdf>
9. Sierra C, Payeras C. La hipertensión arterial en el anciano. *Med Integral* [Internet]. 2002; 40(10): 425-433. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-hipertension-arterial-el-anciano-13041793>
10. Torres JL, Viveros JC, De la Vega HO, Medina PJ, Infante VV, et al. Enfermedades cardiovasculares en pacientes hospitalizados mayores de 60 años. *Rev Esp Méd Quir* [Internet]. 2016; 21(4): 137–143. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/473/47349434004.pdf>
11. D'Hyver C. Patologías endocrinas más frecuentes en el adulto mayor. *Rev Fac Med* [Internet]. 2017; 60(4): 45–57. Disponible en :

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000400045

12. Gómez AE. Grandes síndromes geriátricos. *Farmacia profesional* [Internet]. 2005; 19(6): 70-74. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-grandes-sindromes-geriatricos-13076255>
13. Luque IR., Sánchez P, Salva A. Complicaciones de la hospitalización en personas mayores. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2016; 146(12): 550–554. Disponibles en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775316000142?via%3Dihub>
14. Secretaría de Salud. Alteraciones de la Memoria en la Persona Adulta Mayor. Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención. 2015. México: CENAPRECE; 2-18. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0025775316000142?token=D121FD4015B8C7F1CEA8BABE0D7EB93865BC6077496B15968A84DAAF9E760D07C713261A4F5866EE38A70EC6E86EDE56&originRegion=us-east-1&originCreation=20211216203516>
15. Ibarra JL, Fernández MJ, Aguas EV, Pozo AF, Antillanca B, Quidequeo DG. Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados. *An Fac Med* [Internet]. 2017; 78(4): 439-444. Disponible en : <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/14268/12802>
16. Peralta CE, Varela LF, Gálvez M. Frecuencia de casos de úlceras de presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un hospital general. *Rev Med Hered* [Internet]. 2009; 20(1): 16-18. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2009000100005
17. Terra L, Diniz KV, Soares MI, Mendes MA, Da Silva JV, Ribeiro PM. Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo? *Gerokomos* [Internet]. 2014; 25(1): 13–6. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100004&lang=pt%5Cnhttp://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n1/comunicacion3.pdf
18. Castellanos A, Sánchez JG, Gómez G, Salgado M. Prevalencia de comorbilidades en el paciente geriátrico y pronóstico postoperatorio. *Rev Mex Anestesiol* [Internet]. 2017; 40(1): 103–105. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cmas171ae.pdf>
19. Rodríguez HI, Cañizares Y, Echemendia Y, Macías L, Rodríguez MC. Urgencias estomatológicas en adultos mayores. *Gac Med Espirit* [Internet]. 2013; 15(3): 280–

286.

20. Gómez JD. Capacidad funcional del adulto mayor según la escala de Barthel en hogar geriátrico santa Sofía de tenjo, dulce atardecer y renacer de Bogotá, durante el mes octubre de 2015 (Tesis de Licenciatura). Bogotá: UDCA; 2015. 71 P. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/457/Capacidad%20funcional>.
21. Baracaldo HA, Naranjo AS, Medina VA. Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander, Colombia). Gerokomos [Internet]. 2019; 30(4): 163-166. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n4/1134-928X-geroko-30-04-163.pdf>
22. Betancour CL, Ocampo JM, Marin-Medina DS, Ocampo-Ramírez YP, Castaño-Gutiérrez JI, Moreno-Sánchez K, et al. Riesgo de caídas, según escalas de Barthel y Morse en adultos mayores institucionalizados, Manizales, Colombia. Rev Inst Salud Pública Chile [Internet]. 2019; 3(1): 42-49. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/c5a5/cdb9e6f41a08ef4cff4e2b447178686134f0.pdf>
23. Laguado JE, Consuelo CK, Hernández, Campo TE, Martín C. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar, (Bucaramanga, Colombia). Gerokomos [Internet]. 2017; 28(3):135-14. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
24. Loredó-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales AS, Palomé-Vegay G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Universitaria [Internet]. 2016; 13(3): 159-165. Disponible. <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n3/1665-7063-eu-13-03-00159.pdf>

XVIII. ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE REGISTRO ANTE CLEIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1603
H GRAL ZONA NUM 8

Registro COFEPRIS 17 CI 16 102 028
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 16 CEI 001 2017033

FECHA Viernes, 24 de diciembre de 2021

Dr. SANCHEZ ANGUIANO CARLOS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**NIVEL DE INDEPENDENCIA FÍSICA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 65 AÑOS DEL HGZMF, No.2**", que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-1603-010

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Patricia Ortega León

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1603

ANEXO II. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Marzo a diciembre 2021	Febrero a abril 2022	Mayo 2022	Junio 2022	Julio agosto 2022	Septiembre - diciembre 2022	Enero - diciembre 2023
Elaboración de protocolo							
Aprobación por el CLIEIS							
Recolección de datos							
Análisis de datos							
Interpretación de datos							
Resultados y conclusiones							
Presentación final de tesis							
Redacción de manuscrito para publicación							

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

“NIVEL DE INDEPENDENCIA FÍSICA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 65 AÑOS DEL HGZMF. No.2”.

Zacapu, Michoacán, a _____ de _____ del 2022.

Le estamos invitando a participar en el estudio de investigación titulado:

“NIVEL DE INDEPENDENCIA FÍSICA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 65 AÑOS DEL HGZMF. No.2”.

Registrado ante el Comité Local de Investigación y de Ética de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social con el número: _____

El siguiente documento le proporciona información detallada sobre el mismo.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS: La discapacidad física es aquella condición bajo la cual algunas personas presentan limitación en la realización de actividades de la vida diaria. En la población de adultos mayores a causa de las enfermedades naturales por el envejecimiento incrementan y necesitan ayuda para llevarlas a cabo en menor o mayor grado por los familiares. Nuestro objetivo es conocer el nivel de independencia física en los pacientes hospitalizados mayores de 65 años del HGZMF No.2, con la intención de detectar la discapacidad física e introducir estrategias de rehabilitación y ajustar el ambiente social o físico para dar independencia y apoyo tanto al paciente como a su familia.

PROCEDIMIENTOS: Si usted acepta participar en el estudio, previa revisión de los censos identificaré los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y acudiré a diario procurando sea a la hora de la comida al área de hospital y realizaré estudios de sombra identificando el grado de discapacidad física del paciente en la realización de actividades de la vida diaria como comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse o ducharse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de

heces y control de orina, haciendo énfasis que en caso que durante el tiempo de observación al paciente por parte del investigador no realice alguna de las actividades antes mencionadas le pediré que las realice de forma breve para su evaluación en el área de hospitalización y las que son de actividades de aseo personal le interrogaré al familiar acompañante sobre el grado de realización.

RIESGOS Y MOLESTIAS: Durante la realización de los ejercicios y la solución del cuestionario, se procurará estar en un ambiente privado para evitar le incomode realizar las actividades, no existe ningún riesgo para usted, es posible que pueda tener un sentimiento incomodo al hacer los ejercicios.

BENEFICIOS: Al participar en este estudio, estará bajo la supervisión del investigador, si al término de la evaluación presenta un nivel de dependencia grave lo canalizaré al servicio de rehabilitación a su alta del hospital para mejorar su nivel de independencia. De esta manera se le ayudará a mejorar su nivel de funcionalidad.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO:

Yo la investigadora responsable me comprometo a darle información oportuna sobre cualquier resultado adecuado que pudiera ser ventajoso para su estado de salud, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que pudiera tener acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo: los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

PARTICIPACIÓN O RETIRO: Su participación en este estudio es completamente voluntaria, es decir, que, si usted no desea participar en el estudio, su decisión, no afectará su relación con el IMSS ni su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que ya recibe. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS. Para los fines de esta investigación, sólo utilizaremos la información que usted nos ha brindado desde el momento en que aceptó participar hasta el momento en el cual nos haga saber que ya no desea participar.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

PERSONAL DE CONTACTO EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES:

Si tiene preguntas o quiere hablar con alguien sobre este estudio de investigación puede comunicarse con:

Dra. María Teresa Flores Álvarez, Residente de tercer año de Medicina Familiar como investigadora responsable al teléfono 4431966380, con el investigador E.E.N Juan Martín Morales Bedolla, Especialista en Nefrología del HGZ MF No.2 al teléfono 4361125587, con el Dr. Carlos Sánchez Anguiano, Jefe de Hospital del HGZ MF No.2 al teléfono 4361051504.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: EEMF María José Viveros Blancas. Secretario del Comité de Ética en Investigación en Salud de Uruapan 16038, con sede en el Hospital General de Zona No. 8, ubicado en la Calzada Benito Juárez S/N, Esq. con Francisco Villas, col. Lindavista, Uruapan, Michoacán, C.P. 60050, al teléfono 4521208174, correo viverosblancasmariajose@gmail.com

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y se me ha dado una copia de este formato.

Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y Firma del participante
consentimiento

Nombre y Firma de quien obtiene el

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, Dirección, Relación y Firma

Nombre, Dirección, Relación y Firma

ANEXO 4. CARTA DE NO INCONVENIENTE

Zacapu, Michoacán, a 21 de diciembre de 2021

CARTA DE NO INCONVENIENTE

R1MF.DRA. FLORES ALVAREZ MARIA TERESA

Presente:

Por medio de la presente, me dirijo a usted de la manera más atenta, para informar que no existe inconveniente para que la R1 MF. Flores Alvarez María Teresa con matrícula 97178599, pueda llevar a cabo la revisión y recolección de datos de los pacientes hospitalización adscritos en el HGZ MF No.2, de Zacapu, para realizar el trabajo de investigación titulado:

"NIVEL DE INDEPENDENCIA FÍSICA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 65 AÑOS DEL HGZMF No.2".

Recuerde que la información que usted vaya a utilizar para identificar a los pacientes, tales como nombre, edad, morbilidades debe ser conservada de manera confidencial y no se debe otorgar información que pudiera revelar su identidad, ya que esta siempre debe permanecer protegida.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente 

Dr. Enrique Gutiérrez González,
Director del HGZ MF Nro. 2

ANEXO 5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“NIVEL DE INDEPENDENCIA FÍSICA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 65 AÑOS DEL HGZ/MF. No.2”.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE:

EDAD:

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

Índice de Barthel		
Actividad	Descripción	Puntos
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes.....	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

PUNTAJE TOTAL:

GRADO DE DEPENDENCIA:

Valoración de la incapacidad funcional

Dependencia total:	0-20 pts.
Dependencia severa:	21-60 pts.
Dependencia moderada:	61-90 pts.
Dependencia leve:	91-99 pts.
Independencia:	100 pts.